

Fístula Artério-venosa Congênita Entre a Artéria e Veia Subclávia. Correção Cirúrgica Favorável em um Lactente

Fernando T. V. Amaral, Paulo J. F. Ribeiro, Paulo R. B. Évora, Antonio L. Seches, Ricardo N. Sgarbieri
Ribeirão Preto, SP

Criança de 6 meses de idade, assintomática, atendida, inicialmente, devido a edema localizado do membro superior direito. Um sopro contínuo, audível na região infra-clavicular direita, cardiomegalia e hiperfluxo pulmonar estavam associados com uma fístula única entre a artéria e a veia subclávia direita diagnosticada pela angiografia. Ligadura cirúrgica da fístula foi realizada com sucesso, havendo normalização do diâmetro do membro e da área cardíaca do tórax 4 anos após cirurgia.

Congenital Subclavian Artery-to-vein Fistula. Successful Surgical Correction in an Infant

The case of an asymptomatic 6 month-old-boy, first seen due to a right arm edema is described. A continuous murmur heard at the right infraclavicular area, cardiomegaly plus increased flow to the lungs on the chest X-ray were associated with an isolated right subclavian artery-to-vein fistula diagnosed at angiography. Successful ligation of the fistula was done at operation with normalization of the arm circumference and heart size on the chest X-ray at 4 years follow up.

Arq Bras Cardiol, volume 59, nº 6, 467-469, 1992

As fístulas artério-venosas congênitas dos membros são raras¹. Podem ser múltiplas¹⁻³ e raramente encontra-se fístula única^{4,5}. A maioria dos portadores é assintomática³. Raros casos podem manifestar um quadro de insuficiência cardíaca⁶. Apresentamos o caso de uma criança portadora de fístula artério-venosa única do membro superior direito encaminhada a nosso hospital em virtude de infrequente edema do membro superior direito e cardiomegalia.

Relato do Caso

Menino de 6 meses de idade, com peso de 8,5 kg, foi atendido pelo pediatra em decorrência de edema indolor, localizado no membro superior direito, de caráter progressivo nos últimos 3 meses. Durante o exame físico, foi notado um sopro cardíaco e o paciente foi encaminhado ao Hospital do Coração, para diagnóstico. O exame físico revelou uma criança acianótica e em bom estado geral. O membro superior direito apresentava-se edemaciado e indolor à palpação. Os pulsos tinham boa amplitude, a frequência

Hospital do Coração de Ribeirão Preto - Fundação Waldemar B. Pessoa, Ribeirão Preto

Correspondência: Fernando T. V. Amaral

Hospital do Coração de RP - R. Quintino Bocaiúva, 387 - 14100 - Ribeirão Preto, SP

Recebido para publicação em 1/4/92

Aceito em 15/6/92

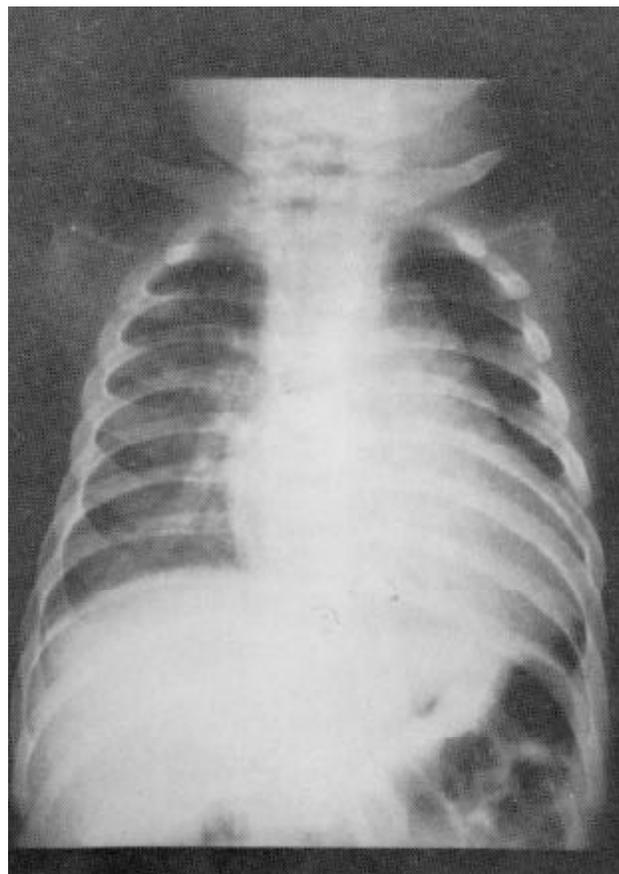


Fig. 1 - Radiografia do tórax: cardiomegalia e congestão pulmonar.

cardíaca era 95 bpm e o fígado era palpável na borda costar direita. A ausculta cardíaca revelou um sopro contínuo de intensidade máxima na região infra-clavicular direita, associado a frêmito e bulhas cardíacas normais.

Sobrecarga ventricular esquerda foi detectada no eletrocardiograma e a radiografia simples de tórax revelou cardiomegalia com hiperfluxo pulmonar (fig. 1). A suspeita clínica inicial foi uma fístula drenando em uma veia sistêmica. O ecocardiograma revelou aumento das câmaras esquerdas e o local da drenagem da fístula, provavelmente, a veia subclávia. O cateterismo cardíaco mostrou uma saturação de O₂ de 81% na veia cava superior e 98% no átrio direito; as pressões sistólica e diastólica, nos ventrículos esquerdo e direito, eram 108/8 e 48/4, respectivamente, e a pressão arterial pulmonar, 48/14 (média 30 mmHg). A angiografia revelou uma fístula artério-venosa entre a artéria e a veia subclávia direita que se encontravam dilatadas (fig. 2). Uma incisão supraclavicular foi a via de acesso que revelou uma fístula única de 3 cm de comprimento, em funil que conectava a artéria subclávia direita e a veia subclávia direita, com dilatação acentuada da veia axilar direita. A ligadura cirúrgica da fístula foi efetuada e o pós-operatório transcorreu sem complicações. Seis meses após a intervenção, o paciente foi atendido



Fig. 2 - Angiografia: a ponta do cateter esta na aorta ascendente e o contraste revela a fístula.

no ambulatório, sem medicação, sem sopro, com diminuição pronunciada do edema do membro bem como da área cardíaca na radiografia do tórax. Na última visita ao hospital, 4 anos após a operação, constatou-se que o diâmetro do membro superior direito e área cardíaca eram inteiramente normais.

Discussão

Duas características deste caso são interessantes. Inicialmente, o sítio de lesão: as fístulas artério-venosas congênitas dos membros são raras¹, assim como as fístulas situadas no tórax¹⁻³. O segundo aspecto é a manifestação clínica. Os raros casos relatados de fístula artério-venosa única com esta localização são assintomáticos³ ou podem, eventualmente, manifestar quadro de insuficiência cardíaca⁶.

Neste caso, foi o aumento do diâmetro do braço direito do paciente que levou os pais a procurarem orientação pediátrica. Parece que esse achado ainda não foi relatado nessa entidade e foi, certamente, causado pela congestão venosa no território da veia axilar, desaparecendo após a operação. A cardiomegalia foi causada pelo hiperfluxo pulmonar com conseqüente sobrecarga diastólica das câmaras esquerdas. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ou não ocorrer, dependendo do tamanho da fístula.

O tratamento cirúrgico dessa anomalia consiste em ligadura, quando a fístula é única. Em decorrência da raridade da doença, os resultados, a longo prazo, são desconhecidos. A curto prazo, a correção cirúrgica parece ser o tratamento ideal, tendo em vista a evolução do caso descrito por Sapire e col⁵ e a evolução de 4 anos do caso aqui relatado.

Independentemente do sítio da lesão, quando as fístulas são múltiplas, o tratamento pode ser difícil e a embolização tem sido sugerida como uma alternativa a ser considerada⁶. Como já foi relatado¹, a cura por meio de intervenção cirúrgica é difícil de ser alcançada nesses casos em virtude da complexidade anatômica das lesões.

O caso descrito parece ser o 4º da literatura em que é descrita uma fístula artério-venosa congênita isolada entre a artéria e a veia subclávia direita e o 1º caso a manifestar-se, inicialmente, com edema do membro superior. A associação de um sopro contínuo torna o diagnóstico bastante provável e a angiografia é imperativa para indicar a intervenção cirúrgica que, no momento, é o tratamento ideal na lesão isolada.

Referências

1. Szilagyi E, Smith RF, Elliot JP, Hageman JH - Congenital arterio-venous anomalies of the limbs. Arch Surg, 1976; 11: 423-9.

2. Walker WJ, Mullins CE, Knovick GC - Cyanosis, cardiomegaly and weak pulses as manifestation of massive congenital systemic arteriovenous fistula. *Circulation*, 1964; 29: 777-81.
 3. Gutierres FR, Monaco MP, Hartman AF, McKnight RC - Congenital arteriovenous malformations between brachiocephalic arteries and systemic veins. *Chest*, 1987; 92: 897-9.
 4. Pernot C - "Malignant" brachial arteriovenous fistula in a newborn child. A case report *Angiology*, 1979; 30: 640-4.
 5. Sapire DW, Lobe TE, Swischuk LE, Casta A, Schwartz MZ, Dropge M - Subclavian artery-to-innominate vein fistula presenting with congestive fanure in a newborn infant. *Ped Cardiol*, 1983; 4: 155-7.
 6. Wolf DC, Wustzbacher JJ, Horton J - Systemic artery-to-pulmonary artery fistula. A new therapeutic approach. *Chest*, 1982; 6: 791-3.
-